



DOMANDA

di conferimento di incarico di insegnamento RETRIBUITO per l'a.a. 2025/2026 da compilarsi a cura dei soggetti non appartenenti ai ruoli dei professori e ricercatori negli Atenei

ALL'UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI UDINE – DIPARTIMENTO DI SCIENZE MATEMATICHE, INFORMATICHE E FISICHE

Consapevole che, ai sensi degli artt. 75 e 76 del D.P.R. 445/2000, chiunque rilascia dichiarazioni mendaci, forma atti falsi o ne fa uso decade dal beneficio ottenuto sulla base di tali dichiarazioni ed è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia

il/la sottoscritto/a _____
nato/a a _____ prov. _____ il _____
residente a _____ prov. _____ cap. _____
via/piazza _____ n. _____ tel. _____ domicilio fiscale
_____ prov. _____ cap. _____
via/piazza _____ n. _____ tel. _____
e-mail istituzionale _____ e-mail privata _____ cellulare _____
codice fiscale _____ cittadinanza _____
titolo di studio _____
rilasciato da _____ Paese estero _____
visto il bando n. 4 del 17.11.2025 per il **conferimento di incarichi di insegnamento a titolo RETRIBUITO** pubblicato a cura del
Dipartimento di Scienze Matematiche, Informatiche e Fisiche per l'anno accademico **2025/2026**

CHIEDE

l'assegnazione dell'incarico a titolo RETRIBUITO
per l'insegnamento di _____
settore scientifico-disciplinare _____ presso il Corso di Laurea/Laurea magistrale/ Laurea magistrale a ciclo unico
in _____ sede di _____

DICHIARA

- 1) di essere consapevole che, ai sensi del punto 4 del bando:
- l'attività didattica, in relazione alle decisioni assunte dal Dipartimento, sarà svolta in presenza, a distanza o in modalità mista utilizzando la piattaforma tecnologica di Ateneo, tenuto comunque conto di situazioni particolari previste dalla normativa vigente;
 - l'attività di accertamento della preparazione degli studenti sarà svolta in presenza, tenuto comunque conto di situazioni particolari previste dalla normativa vigente;
 - la partecipazione ai Consigli dei Corsi di studio, se previsto, si svolgerà anche in modalità remota;
- 2) di essere provvisto di propri adeguati dispositivi audio-video e, qualora l'attività sia offerta in remoto, di connessione internet veloce;

ALLEGA

- ☐ **CURRICULUM** redatto in conformità **all'allegato 1** comprensivo della propria attività scientifica e didattica che è sottoposto agli obblighi di pubblicità previsti dall'art. 15 del D.Lgs. 33/2013;
- ☐ **fotocopia di un documento di identità;**
- ☐ **DICHIARAZIONE SU CONFLITTI DI INTERESSE E INCOMPATIBILITA' (allegato 2). Nel caso di cui al punto 15 della DICHIARAZIONE,** previo accertamento della compatibilità con il rapporto di cui al presente bando, **si allega anche il prescritto nulla osta o, in mancanza, si impegna a farlo pervenire prima del formale conferimento dell'incarico da parte del competente Dipartimento;**
- ☐ **DICHIARAZIONE ALTRI INCARICHI CONSULENTI E COLLABORATORI (allegato 3).**

Data _____

FIRMA

LA DOMANDA DEVE ESSERE COMPILATA IN OGNI SUA PARTE. OGNI VARIAZIONE DEI DATI INDICATI VA COMUNICATA TEMPESTIVAMENTE ALLA SEGRETERIA DEL DIPARTIMENTO.

ALLEGATO N. 1 ALLA DOMANDA

CURRICULUM COMPRENSIVO DELLA PROPRIA ATTIVITÀ SCIENTIFICA E DIDATTICA, E ELENCO DELLE PUBBLICAZIONI SCIENTIFICHE REDATTO AI SENSI DEGLI ARTICOLI 46 E 47 DEL D.P.R. 445/2000 (DICHIARAZIONI SOSTITUTIVE DI CERTIFICAZIONI E DELL'ATTO DI NOTORIETÀ)

Il/la sottoscritto/a _____

consapevole che, ai sensi degli artt. 75 e 76 del D.P.R. 445/2000, chiunque rilascia dichiarazioni mendaci, forma atti falsi o ne fa uso decade dal beneficio ottenuto sulla base di tali dichiarazioni ed è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia

DICHIARA

che il proprio curriculum risulta essere il seguente (rispettare lo schema riportato di seguito; iniziare con le informazioni più recenti ritenute pertinenti ai fini dell'attribuzione dell'incarico; non inserire indirizzi, recapiti telefonici o e-mail personali).

ISTRUZIONE E FORMAZIONE

Data di conseguimento del titolo; titolo conseguito; Istituto di istruzione/formazione o Ateneo presso cui è stato conseguito.

ESPERIENZE PROFESSIONALI IN AMBITO UNIVERSITARIO**ALTRE ESPERIENZE PROFESSIONALI****ATTIVITÀ DIDATTICHE****ATTIVITÀ DI RICERCA****PARTECIPAZIONE A CONVEGNI****PUBBLICAZIONI**

Il/la sottoscritto/a dichiara, inoltre, di essere informato/a che ai sensi dell'art. 15 del D.Lgs. 33/2013 **il curriculum sarà pubblicato sul sito web dell'Ateneo*** e ne autorizza la pubblicazione in caso di conferimento dell'incarico oggetto della presente selezione (peso massimo del file: 1 mega byte).

Data _____ FIRMA _____

***NOTA BENE: SI RACCOMANDA DI NON INSERIRE NEL CURRICULUM VITAE LUOGO E DATA DI NASCITA, INDIRIZZI, RECAPITI TELEFONICI O E-MAIL PERSONALI.**



ALLEGATO N. 2 ALLA DOMANDA – DICHIARAZIONE SU CONFLITTI D'INTERESSE E INCOMPATIBILITÀ

Il/la sottoscritto/a (cognome e nome) _____ nato/a a _____
provincia (_____) il _____ (se cittadino italiano,
comunitario o extracomunitario autorizzato a soggiornare in Italia ai sensi delle leggi vigenti) consapevole, ai sensi degli artt. 75 e 76 del
D.P.R. 445/2000, chiunque rilascia dichiarazioni mendaci, forma atti falsi o ne fa uso decade dal beneficio ottenuto sulla base di tali
dichiarazioni ed è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia:

DICHIARA

1	l'insussistenza di situazioni, anche potenziali, di conflitto di interesse, ai sensi della normativa vigente, con l'Università degli Studi di Udine;	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
ai fini dell'accertamento di eventuali cause di incompatibilità:			
2	di essere parente o affine fino al quarto grado compreso di un professore appartenente al Dipartimento che conferisce l'incarico, ovvero del Rettore, del Direttore Generale o di un componente del Consiglio di Amministrazione dell'Ateneo di Udine	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
3	di frequentare un corso di dottorato di ricerca (L. 210/1998 e D.M. 45/2013) durata legale dal _____ al _____	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
4	di frequentare corsi di cui all'art. 1 della L. 30.11.1989, n. 398 (scuole di specializzazione, corsi di perfezionamento e corsi di perfezionamento all'estero) durata legale dal _____ al _____	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
5	di essere cessato/a per volontarie dimissioni dal servizio presso l'Università degli Studi di Udine a decorrere dal _____ con diritto a pensione anticipata di anzianità	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
6	di essere cessato/a dal servizio presso una delle Amministrazioni di cui all'art. 1, c. 2, del D.Lgs 165/2001 indicare l'Ente _____ a decorrere dal _____ <input type="checkbox"/> per limiti di età <input type="checkbox"/> per volontarie dimissioni con diritto a pensione anticipata di anzianità di AVER AVUTO rapporti di lavoro o di impiego a tempo determinato o indeterminato, anche di lavoro autonomo (es. collaborazioni coordinate e continuative, collaborazioni occasionali, prestazioni professionali, assegni di ricerca, dottorati, partecipazione a seminari/conferenze, prestazioni lavorative in genere) con l'Università degli Studi di Udine nei 5 anni precedenti a quello della cessazione dal servizio. Indicare il periodo di durata dell'ultimo rapporto intercorso con l'Università degli Studi di Udine: dal _____ al _____	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
7	di essere iscritto in qualità di studente al medesimo corso di laurea, laurea magistrale, laurea magistrale a ciclo unico sede dell'insegnamento messo a bando	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
8	di essersi laureato in _____ in _____ data _____ presso l'Università degli studi di _____	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
9	di aver rinunciato ad incarichi per più di due volte nei precedenti anni accademici	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
10	di essere decaduto dall'incarico nei precedenti anni accademici per violazione del regime delle incompatibilità, mancato o ritardato inizio delle attività ovvero ingiustificata sospensione superiore ai tre giorni, inosservanza degli obblighi connessi alla didattica e di autocertificazione della prestazione	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
11	di essere destinatario della sanzione accessoria dell'incapacità di contrarre con la pubblica	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>



	amministrazione, sanzione in corso alla scadenza del bando		
	ai fini della definizione del rapporto:		
12	di essere lavoratore dipendente privato	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
13	<p>di essere libero professionista con obbligo di rilascio di fattura sul compenso</p> <p>a) n.ro partita IVA personale _____</p> <p>b) n.ro partita IVA studio associato _____</p> <p>denominazione studio associato _____</p> <p>sede legale _____</p> <p>Il sottoscritto intende fatturare la prestazione professionale da lui medesimo resa utilizzando la partita IVA dello studio associato sopra indicato, autorizzando il pagamento della prestazione sul conto corrente bancario c/o _____</p> <p>cod. bancario IBAN _____ liberando l'ateneo da qualsiasi diversa obbligazione in merito</p>	<p>SI <input type="checkbox"/></p> <p>SI <input type="checkbox"/></p>	<p>NO <input type="checkbox"/></p> <p>NO <input type="checkbox"/></p>
14	<p>di essere lavoratore dipendente pubblico (anche se in congedo o in aspettativa)</p> <p>a) a tempo indeterminato dal _____</p> <p>b) a tempo determinato dal _____ al _____</p> <p>c) a tempo pieno <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO (indicare la percentuale di part-time _____ %)</p> <p>denominazione o ragione sociale dell'ente pubblico _____</p> <p>indirizzo della sede legale _____</p> <p>presso cui presta servizio con la qualifica di _____</p> <p>svolgendo la seguente attività _____</p>	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
15	<p>di essere titolare di contratto di diritto privato ai sensi dell'art. 3 bis del D.L.gs 502/1992 e successive modifiche ed integrazioni (carica di direttore generale/amministrativo/sanitario)*</p> <p>denominazione o ragione sociale dell'ente pubblico _____</p> <p>indirizzo della sede legale _____</p> <p>presso cui presta servizio con la qualifica di _____</p> <p>svolgendo la seguente attività _____</p> <p>*deve essere allegato il nulla osta dell'azienda sanitaria</p>	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
16	<p>di essere ricercatore a tempo determinato presso l'Università degli Studi di Udine.</p> <p>Il ricercatore a tempo determinato svolge la prestazione al di fuori e compatibilmente con l'orario di servizio e provvede ad informare il Responsabile del progetto e il Direttore del proprio Dipartimento</p>	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
17	<p>di essere _____ (tecnico/amministrativo/collaboratore linguistico) appartenente alla categoria personale tecnico amministrativo presso l'Università di Udine.</p> <p>Il dipendente svolge la prestazione al di fuori e compatibilmente con l'orario di servizio e provvede ad informare il responsabile della propria struttura.</p>	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
18	<p>di essere titolare di assegno di ricerca presso l'Università di _____</p> <p>(allegare nulla-osta del responsabile scientifico).</p>	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>



19	di essere titolare di pensione (specificare ente di previdenza _____)	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
20	di essere iscritto alla gestione separata INPS sede di _____ (art. 2, c. 26, L. 335/1995)	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
21	di impegnarsi ad iscriversi entro 30 gg. dall'inizio della prestazione alla gestione separata INPS (art.2, c. 26, L. 335/1995 e successive modifiche) qualora non attualmente iscritto	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
22	di essere lavoratore iscritto a cassa previdenziale diversa da INPS GESTIONE SEPARATA (specificare quale) _____	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
23	di avere residenza fiscale all'estero con compensi assoggettati a ritenuta alla fonte a titolo di imposta	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
24	di avere residenza fiscale all'estero in regime di convenzione con lo Stato italiano contro le doppie imposizioni	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
25	di essere cittadino straniero allegare permesso di soggiorno per motivi di lavoro (valido fino al _____)	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>

Il/la sottoscritto/a dichiara, inoltre di impegnarsi, in caso di variazione della propria posizione, a comunicare tempestivamente al committente le eventuali variazioni che dovessero intervenire a modificare quanto sopra dichiarato.

L'Università non si assume alcuna responsabilità per mancate comunicazioni da parte del candidato.

Luogo e data _____ Firma dell'interessato/a _____

**ALLEGATO N. 3 ALLA DOMANDA – DICHIARAZIONE ALTRI INCARICHI CONSULENTI E COLLABORATORI
(ex art. 15 del D.Lgs. n. 33/2013)**

Il/La candidato/a è tenuto/a, ai sensi dell'art. 15 del D.Lgs. n. 33/2013, a fornire i dati relativi allo svolgimento di incarichi o la titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione o lo svolgimento di attività professionali. La presente dichiarazione sarà pubblicata sul sito web dell'Ateneo in caso di conferimento di incarico per la copertura dell'insegnamento oggetto della presente selezione.

DATI DEL/DELLA DICHIARANTE:

COGNOME	
NOME	

Incarichi o cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione

Ente conferente l'incarico	Tipologia di incarico	Oggetto dell'incarico	Durata dell'incarico (da – a)	

Svolgimento di attività professionali

Tipologia di attività professionale svolta	
--	--

OPPURE

☐ Il/la sottoscritto/a dichiara di non svolgere alcuna delle attività sopradescritte.

Il/la sottoscritto/a, preso atto che, ai sensi dell'art. 46 e 47 del D.P.R. n. 445/2000, le dichiarazioni mendaci, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi nei casi previsti dalla predetta legge sono puniti ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia, sotto la propria responsabilità, dichiara che le informazioni sopra riportate sono complete, esaustive e corrispondenti al vero.

Ai sensi dell'art. 38, comma 3, del D.P.R. n. 445/2000, si allega alla presente dichiarazione, copia fotostatica di un proprio documento di identità in corso di validità.

Luogo e data _____

Firma dell'interessato/a